DIRECTION HANDICAP ET GRAND AGE

Questionnaire d'enquête sur le fonctionnement des SESSAD Rhône-Alpes

Date de retour : 9 FEVRIER 2015

Vous avez la possibilité après une première saisie de modifier vos réponses. Aucune modification ne pourra être prise en compte après la date de clotûre de l'enquête précisée ci-dessus.

Mode d'emploi :
- merci de répondre à l'ensemble des questions posées (un message d'erreur vous précisera éventuellement la rubrique à compléter)

- la validation de vos réponses se fait avec le bouton "VALIDER" en fin de questionnaire. Cette validation est obligatoire pour que vos réponses soient prises en compte.

Les réponses que vous apporterez concernent la situation au 31 DECEMBRE 2014 au sein de votre structure.

Vous pouvez adresser vos questions à l'adresse de messagerie suivante :
ARS-RHONEALPES-DHGA-ORGANISATION-OFFRE@ars.sante.fr

#%# Suivant >

Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes

I - Zone géographique d'intervention :

Préciser les départements, communes et cantons d'intervention. Séparer les communes et cantons différents par des virgules.

Département 1

Communes d'intervention

Cantons d'intervention

Intervenez-vous sur un autre département?

- OUI
- NON

< Précédent #%# Suivant >

Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes

I - Zone géographique d'intervention (suite) :

Préciser les départements, communes et cantons d'intervention. Séparer les communes et cantons différents par des virgules.

Département 2

Communes d'intervention

Cantons d'intervention

Intervenez-vous sur un troisième département?

- OUI
- NON

< Précédent #%# Suivant >

Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes

I - Zone géographique d'intervention (suite) :

Préciser les départements, communes et cantons d'intervention. Séparer les communes et cantons différents par des virgules.

Département 3

Communes d'intervention

Cantons d'intervention

Intervenez-vous sur un quatrième département?

- OUI
- NON

< Précédent #%# Suivant >

Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes

I - Zone géographique d'intervention (suite) :

Quel est le rayon d'action de votre zone d'intervention?

- Moins de 10 kilomètres
- 10 kilomètres et plus

2) Zone géographique d'intervention commune avec d'autres SESSAD :

Votre zone d'intervention est-elle également couverte par un autre SESSAD?

- OUI
- NON

< Précédent #%# Suivant >

Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes

I - Zone géographique d'intervention (suite) :

2) Zone géographique d'intervention commune avec d'autres SESSAD :

Combien d'autres SESSAD interviennent sur la zone?

Raison sociale du SESSAD 1 intervenant sur la même zone :

Département d'implantation de l'autre SESSAD (1) :

Commune d'implantation de l'autre SESSAD (1) :

Handicaps pris en charge par l'autre SESSAD (1) (plusieurs choix possibles)

- ☐ Déficience intellectuelle
- ☐ Déficience psychique
- ☐ Déficience intellectuelle et psychique
- ☐ Autisme et TED
- ☐ Déficience motrice
- ☐ Cérébro-lésés
- ☐ Déficience visuelle
- ☐ Déficience auditive
- ☐ TLA (Trouble du langage et de l'apprentissage)
- ☐ Polyhandicap

Autre (préciser) :

Votre zone d'intervention est-elle également couverte par un SESSAD 2 ?

- ○ OUI
- ○ NON

< Précédent #%# Suivant >

Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes

I - Zone géographique d'intervention (suite) :

2) Zone géographique d'intervention commune avec d'autres SESSAD (suite) :

Raison sociale du SESSAD 2 intervenant sur la même zone :

Département d'implantation de l'autre SESSAD (2) :

Commune d'implantation de l'autre SESSAD (2) :

Handicaps pris en charge par l'autre SESSAD (2) (plusieurs choix possibles)

- ☐ Déficience intellectuelle
- ☐ Déficience psychique
- ☐ Déficience intellectuelle et psychique
- ☐ Autisme et TED
- ☐ Déficience motrice
- ☐ Cérébro-lésés
- ☐ Déficience visuelle
- ☐ Déficience auditive
- ☐ TLA (Trouble du langage et de l'apprentissage)
- ☐ Polyhandicap

Autre (préciser) :

Votre zone d'intervention est-elle également couverte par un SESSAD 3 ?

- ○ OUI
- ○ NON

< Précédent #%# Suivant >

Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes

I - Zone géographique d'intervention (suite) :

2) Zone géographique d'intervention commune avec d'autres SESSAD (suite) :

Raison sociale du SESSAD 3 intervenant sur la même zone :

Département d'implantation de l'autre SESSAD (3) :

Commune d'implantation de l'autre SESSAD (3) :

Handicaps pris en charge par l'autre SESSAD (3) (plusieurs choix possibles)

- ☐ Déficience intellectuelle
- ☐ Déficience psychique
- ☐ Déficience intellectuelle et psychique
- ☐ Autisme et TED
- ☐ Déficience motrice
- ☐ Cérébro-lésés
- ☐ Déficience visuelle
- ☐ Déficience auditive
- ☐ TLA (Trouble du langage et de l'apprentissage)
- ☐ Polyhandicap

Autre (préciser) :

S'il y a d'autres SESSAD intervenant sur la même zone, merci d'indiquer leur raison sociale :

< Précédent #%# Suivant >

Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes

I - Zone géographique d'intervention (suite) :

3) Déplacements professionnels : Sur la base d'une moyenne HEBDOMADAIRE

Au TOTAL, en 2014, combien de kilomètres avez-vous fait pour la prise en charge la plus éloignée? (professionnel seul ou avec enfant)

II - Activité du service :

1) Information générales :

Nombre total d'enfants suivis en 2014

Nombre d'enfants accompagnés par votre SESSAD à fin décembre 2014

Nombre de jours d'ouverture du SESSAD au cours de l'année 2014

< Précédent #%# Suivant >

Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes

II - Activité du service (suite) :

2) Caractéristiques du public suivi : à fin décembre 2014

Préciser le nombre d'enfants accompagnés pour chaque catégorie proposée. Si vous n'êtes pas concernés par une proposition, merci d'indiquer "0" (zéro).

2-1) Répartition par type de handicap (déficience principale)

Déficience intellectuelle	
Déficience psychique	
Déficience intellectuelle et psychique	
Autisme et TED	
Déficience motrice	
Cérébro-lésés	
Déficience visuelle	
Déficience auditive	
TLA (Trouble du langage et de l'apprentissage)	
Polyhandicap	
Autre	

< Précédent #%# Suivant >

Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes

II - Activité du service (suite) :

2) Caractéristiques du public suivi :

Préciser le nombre d'enfants accompagnés pour chaque catégorie proposée. Si vous n'êtes pas concernés par une proposition, merci d'indiquer "0" (zéro).

2-2) Répartition par âge (à fin décembre 2014)

Moins de 6 ans	
6 à 11 ans	
12 à 15 ans	
16 à 17 ans	
18 à 19 ans	
20 ans et plus	

3) Accompagnement de l'enfant :

Préciser le nombre d'enfants accompagnés pour chaque catégorie proposée. Si vous n'êtes pas concernés par une proposition, merci d'indiquer "0" (zéro).

3-1) Durée de l'accompagnement : Enfants suivis au 31/12/2014

Moins de 2 ans	
Entre 2 et 5 ans	
Plus de 5 ans	

< Précédent #%# Suivant >

Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes

3) Accompagnement de l'enfant (suite) :

Préciser le nombre d'enfants accompagnés pour chaque catégorie proposée. Si vous n'êtes pas concernés par une proposition, merci d'indiquer "0" (zéro) ou "NC" (non concerné).

3-2) Accompagnement en matière de soutien à l'intégration scolaire : Enfants suivis au 31/12/2014

3-2-1) Pour les jeunes accompagnés au lycée :

Nombre d'enfants (lycée)	

Nombre d'enfants par types de classes fréquentées (lycée)

Classe ordinaire	
ULIS	
CAP ou apprentissage	
Autres	

3-2-2) Pour les jeunes accompagnés au collège :

Nombre d'enfants (collège)	

Nombre d'enfants par types de classes fréquentées (collège)

Classe ordinaire	
ULIS	
SEGPA	
Autres	

< Précédent #%# Suivant >

Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes

Préciser le nombre d'enfants accompagnés pour chaque catégorie proposée. Si vous n'êtes pas concernés par une proposition, merci d'indiquer "0" (zéro).

3-2-3) Pour les enfants accompagnés à l'école primaire :

Nombre d'enfants (école primaire)	

Nombre d'enfants par types de classes fréquentées (école primaire)

Classe ordinaire	
CLIS	
Autres	

3-2-4) Pour les enfants accompagnés dans un autre type d'établissement (école maternelle, établissement médico-social, ...) :

Nombre d'enfants (autres établissements)	

Nombre d'enfants par types de classes fréquentées (autres établissements)

Classe ordinaire	
CLIS / ULIS	
SEGPA	
Autres	

< Précédent #%# Suivant >

Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes

3-3) Accompagnement en matière de soutien à l'acquisition de l'autonomie : Enfants suivis au 31/12/2014

Préciser le nombre d'enfants accompagnés pour chaque catégorie proposée. Si vous n'êtes pas concernés par une proposition, merci d'indiquer "0" (zéro).

3-3-1) Aide à l'accompagnement : lieux d'intervention

Nombre d'enfants

Lieux d'intervention (plusieurs réponses possibles) :

- ☐ Domicile
- ☐ Locaux du SESSAD
- ☐ Milieu scolaire

Autre : (à préciser)

3-3-2) Aide à l'accompagnement pour la famille

Nombre d'enfants (accompagnement pour la famille)

Lieux d'intervention - Accompagnement pour la famille (plusieurs réponses possibles) :

- ☐ Domicile
- ☐ Locaux du SESSAD
- ☐ Milieu scolaire

Autre : (à préciser)

Votre SESSAD dispose d'une autorisation pour enfants de moins de 6 ans :

- ○ OUI
- ○ NON

< Précédent #%# Suivant >

3-4) Accompagnement en matière de prise en charge précoce pour les enfants de moins de 6 ans (Enfants suivis au 31/12/2014)

Préciser le nombre d'enfants accompagnés pour chaque catégorie proposée. Si vous n'êtes pas concernés par une proposition, merci d'indiquer "0" (zéro).

Nombre d'enfants

Lieu d'intervention :

- [ ] Domicile
- [ ] Locaux du SESSAD
- [ ] Ecole maternelle
- [ ] Crèche
- [ ] Nourrice agréée

Autre : (préciser)

< Précédent #%# Suivant >

4) Modalités d'accompagnement :

4-1) Pour vous, quels éléments définissent un acte? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Une séquence composée d'un seul type d'activité
- ☐ Une séquence pouvant comporter plusieurs activités de nature différente
- ☐ Une durée précise
- ☐ Une activité en présence de l'enfant : activité directe uniquement (rééducation, prise en charge éducative, prise en charge pédagogique, activité de loisir, atelier, ...)
- ☐ Toute activité en lien avec l'enfant, qu'elle soit directe (rééducation, prise en charge éducative, prise en charge pédagogique, activité de loisir, atelier, ...) ou indirecte (réunion entre professionnels, rencontre avec les partenaires, entretien avec la famille, préparation et rédaction du Projet Inidividualisé d'Accompagnement, ...)
- ☐ Une activité faisant intervenir un seul professionnel
- ☐ Une activité pouvant faire intervenir plusieurs professionnels

4-2) Quel type d'accompagnement réalisez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Activité pluri-professionnelle, pluri-usagers
- ☐ Activité pluri-professionnelle, mono-usager
- ☐ Activité mono-professionnelle, pluri-usagers
- ☐ Activité en tête-à-tête

< Précédent #%# Suivant >

4-3) A quelle fréquence effectuez-vous les réunions d'équipe?

- Moins d'une réunion par semaine (rythme de réunion mensuel ou bimensuel)
- Une réunion par semaine
- Plus d'une réunion par semaine

4-4) La majorité de vos interventions s'effectuent :

- En groupe (2 enfants ou plus accompagnés en même temps)
- Individuellement

4-5) Dans l'ensemble, les enfants sont-ils suivis, en complémentarité du SESSAD, par des professionnels libéraux ?

- OUI
- NON

< Précédent #%# Suivant >

4-6) Par quels professionnels libéraux? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Psychiatre
- ☐ Psychologue
- ☐ Psychanalyste
- ☐ Orthophoniste
- ☐ Psychomotricien
- ☐ Kinésithérapeute
- ☐ Ergothérapeute

Autre : (précisez)

Nombre d'enfants concernés à fin décembre 2014

En moyenne, combien de séances cela représente t-il sur une semaine (à fin décembre 2014)

< Précédent #%# Suivant >

Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes

5) Composition de l'équipe au 31/12/2014 :

Si vous n'êtes pas concernés, veuillez indiquer "0" (zéro)

Nombre d'ETP de personnel administratif	
Nombre d'ETP de personnel médical (un médecin pédiatre ou un médecin psychiatre spécialisé dans l'intervention auprès d'enfants)	
Nombre d'ETP de personnel paramédical (kinésithérapeute, psychomotricien, orthophoniste, ergothérapeute)	
Nombre d'ETP de personnel éducatif (enseignants spécialisés)	
Nombre d'ETP de personnel médico-social (éducateurs spécialisés, éducateurs de jeunes enfants, aides médico-psychologiques)	

Faites-vous appel à des professionnels extérieurs?

- OUI
- NON

< Précédent #%# Suivant >

Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes

Professionnels extérieurs auxquels le SESSAD fait appel :

Si vous n'êtes pas concernés, veuillez indiquer "0" (zéro)

Nombre d'ETP de personnel médical (un médecin pédiatre ou un médecin psychiatre spécialisé dans l'intervention auprès d'enfants)	
Nombre d'ETP de personnel paramédical (kinésithérapeute, psychomotricien, orthophoniste, ergothérapeute)	
Nombre d'ETP de personnel éducatif (enseignants spécialisés)	
Nombre d'ETP de personnel médico-social (éducateurs spécialisés, éducateurs de jeunes enfants, aides médico-psychologiques)	

< Précédent #%# Suivant >

Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes

6) Partenaires :

6-1) Quels sont vos partenaires? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Education Nationale
- ☐ MDPH
- ☐ Pédopsychiatrie
- ☐ Secteur libéral (médecins généralistes et spécialistes)
- ☐ Partenaires associatifs (culturels/sportifs)
- ☐ Etablissements médico-sociaux (ITEP, IME/SEES/SIPFP, SESSAD)

Autre : (préciser)

6-2) Lieux d'intervention (plusieurs réponses possibles) :

- ☐ Domicile
- ☐ Milieu scolaire
- ☐ Locaux du SESSAD
- ☐ A distance : télé-communication

Autre : (préciser)

6-3) Mutualisez-vous des ressources avec un ou des établissements ou services sanitaires ou médico-sociaux?

- ○ OUI
- ○ NON

< Précédent #%# Suivant >

Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes

6-4) Avec quels établissements mutualisez-vous des ressources? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Autre SESSAD
- ☐ CAMSP, CMPP
- ☐ Autre établissement médico-social enfant
- ☐ SAMSAH
- ☐ SAVS
- ☐ SSIAD
- ☐ Autre établissement médico-social pour adulte
- ☐ Etablissement sanitaire

6-5) Quels types de ressources mutualisez-vous? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Personnel
- ☐ Locaux
- ☐ Véhicules

Autre : (préciser)

< Précédent #%# Suivant >

Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes

7) Fin de l'accompagnement :

7-1) Quels ont été les motifs principaux de sortie des enfants en 2014? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Limite d'âge
- ☐ Réorientation vers une structure médico-sociale
- ☐ Choix de la famille
- ☐ Déménagement
- ☐ Prise en charge en libéral
- ☐ Le suivi en SESSAD a cessé d'être nécessaire : évolution positive

Autre : (précisez)

7-2) Pour l'année 2014 quelles ont été les orientations à la sortie du SESSAD ?

Préciser le nombre d'enfants pour chaque catégorie proposée. Si vous n'êtes pas concernés par une proposition, merci d'indiquer "0" (zéro).

Autre SESSAD	
Etablissement pour enfants handicapés	
Scolarité sans orientation médico-sociale	
Domicile (sans accompagnement ou prise en charge)	
Secteur libéral	
Etablissement pour adultes handicapés	
Secteur sanitaire	
Milieu professionnel	
Autres	

< Précédent #%# Suivant >

Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes

III - Soutien à la scolarisation :

1) Information générales :

1-1) Nombre d'enfants suivis par le SESSAD en âge d'être scolarisés en milieu ordinaire (à fin décembre 2014)

Préciser le nombre d'enfants pour chaque catégorie proposée. Si vous n'êtes pas concernés par une proposition, merci d'indiquer "0" (zéro).

Scolarisation à temps plein	
Scolarisation à mi-temps	
Autres temps de scolarisation	
Non scolarisés	

1-2) Pour les enfants scolarisés

Préciser le nombre d'enfants pour chaque catégorie proposée. Si vous n'êtes pas concernés par une proposition, merci d'indiquer "0" (zéro).

CLIS / ULIS	
Classe ordinaire	
SEGPA	
Autres	

1-3) Nombre d'enfants bénéficiant d'un accompagnement humain (AVS, EVS)

Ce nombre d'enfants inclut les enfants scolarisés en CLIS / ULIS dans lesquelles intervient un/une AVS

< Précédent #%# Suivant >

Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes

2) Mise en oeuvre du projet personnalisé de scolarisation (PPS)

Participez-vous à l'élaboration du PPS ?

- Majoritairement OUI
- Majoritairement NON

3) Liens avec le personnel éducatif

3-1) Des rencontres sont-elles organisées avec le personnel éducatif (personnel Education Nationale)?

- OUI
- NON

3-2) Le rythme de rencontre avec les membres du corps enseignant est-il régulier?

- OUI
- NON
- NON CONCERNE

3-3) Etes-vous en lien avec l'enseignant référent ?

- OUI
- NON

< Précédent #%# Suivant >

4) Activités en milieu scolaire :

4-1) Les professionnels du service se rendent-ils sur le lieu de scolarisation ?

- ○ OUI
- ○ NON

4-2) Quels sont les professionnels se rendant sur le lieu de scolarisation : (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Pédopsychiatre ou psychiatre
- ☐ Psychologue
- ☐ Orthophoniste
- ☐ Psychomotricien
- ☐ Kinésithérapeute
- ☐ Ergothérapeute
- ☐ Educateur
- ☐ Assistante sociale
- ☐ Interprète LSF, codeur LPC, etc
- ☐ Enseignant spécialisé

Autre : (précisez)

4-3) Rôle des professionnels du service sur le lieu de scolarisation :

- ☐ Prodiguer des soins et des rééducations
- ☐ Apporter des informations, une aide à l'enseignant
- ☐ Accompagner les enfants pendant la classe
- ☐ Adapter les supports pédagogiques
- ☐ Accompagnement éducatif en parallèle de l'enseignant
- ☐ Autres (participation au conseil de classe, participation aux réunions de suivi de scolarisation des enfants, conseil en aménagement, adaptation et accessibilité des lieux de scolarisation, observation de l'enfant au sein de la classe, etc.)

< Précédent #%# Suivant >

Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes

IV - Problèmes identifiés :

Indiquer les problèmes rencontrés, liés à l'accompagnement des jeunes au SESSAD :

- ☐ Difficultés organisationnelles (trajets, accueil dans les locaux, planning, etc.)
- ☐ Difficulté de recrutement de professionnels
- ☐ Difficultés de coopération avec la famille
- ☐ Difficultés à établir des liens avec les autres partenaires intervenant auprès de l'enfant
- ☐ Difficulté à passer le relais vers un autre acteur en fin de prise en charge
- ☐ Difficulté à maintenir un parcours de soins continu et adapté aux besoins des enfants (particulièrement au moment du passage entre CAMSP et SESSAD)

Autre : (précisez)

< Précédent #%# Suivant >

Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes

V - Renseignements administratifs :

Département où est implanté le SESSAD :

Commune d'implantation du SESSAD :

Numéro FINESS du SESSAD : inscrit dans le mail d'invitation

Raison sociale (nom) du SESSAD : inscrite dans le mail d'invitation

Capacité autorisée du SESSAD :

Catégories ou types de handicaps faisant l'objet de l'autorisation (plusieurs choix possibles)

- ☐ Déficience intellectuelle
- ☐ Déficience psychique
- ☐ Déficience intellectuelle et psychique
- ☐ Autisme et TED
- ☐ Déficience motrice
- ☐ Cérébro-lésés
- ☐ Déficience visuelle
- ☐ Déficience auditive
- ☐ TLA (Trouble du langage et de l'apprentissage)
- ☐ Polyhandicap

Autre (préciser) :

Raison sociale (nom) du gestionnaire (entité juridique) :

Code postal et commune d'implantation du gestionnaire (entité juridique)

Vous pouvez indiquer vos commentaires ci-dessous :

Nous vous remercions d'avoir répondu à cette enquête.

Si vous le souhaitez, vous pouvez imprimer vos réponses à ce questionnaire en cliquant sur le bouton "imprimer".

Merci de cliquer sur le bouton "Valider" afin que vos réponses nous soient transmises.

Imprimer

Valider

< Précédent

#%#